

ISSN 2304-621X. Вісник НТУ «ХПІ». 2012. № 56 (962)

Теория организации. Краткий курс: учебное пособие – СПб, 2004 – 273 с. **5. Рогоза, М. Є.** Управління промисловими підприємствами: соціально-економічні чинники та особливості організації [Текст]: монографія/ М. Є. Рогоза. – Полтава:РВЦ ПУСКУ, 2005. – 281 с. **6. Зайдель, Х.** Основы учения об экономике [Текст]/ Х. Зайдель, Р. Теммен. – М., 1994. – 363 с. **7. Бень Т. Г.** Цілі та форми реструктуризації металургійних підприємств / Т. Г. Бень, С. Б. Довбня // Металлургическая и горнорудная промышленность. – 2001. – №2. – С. 100 – 102.

Надійшла до редколегії 18. 10. 2012

УДК 65. 050. 8

**Шляхи удосконалення системи управління металургійним підприємством / Пирожок К. О., Скотнікова Л. П.** // Вісник НТУ «ХПІ». Серія: Актуальні проблеми управління та фінансово-господарської діяльності підприємства – Харків: НТУ «ХПІ». – 2012 . – № 56(962). – С. 141–146. – Бібліогр.: 7 назв.

Рассмотрена сущность и особенности системы управления металлургическим предприятием. Предложены пути относительно усовершенствования системы управления для экономической стойкости и конкурентоспособности предприятия.

**Ключевые слова:** система управления предприятием, организационная структура, эффективность управления.

Essence and features of control system by a metallurgical enterprise is considered. Ways are offered in relation to the improvement of control system for economic firmness and competitiveness of enterprise.

**Keywords:** control system by an enterprise, organizational structure, management efficiency.

УДК 336.02:614.21(477)

**О. В. ПОРТНА**, канд. екон. наук, ХІНЕМ, Харків

## ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ФІНАНСУВАННЯ ЯК ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті розглядаються нагальні проблеми фінансового забезпечення охорони здоров'я, наводяться переваги та недоліки страхової медицини, пропонується та обґрунтовується впровадження індивідуальних накопичувальних рахунків як ефективного механізму фінансування галузі.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, фінансування, страхова медицина, індивідуальні накопичувальні рахунки.

**Вступ.** Сучасне багатоканальне фінансування не вирішує економічні проблеми охорони здоров'я, а завдання визначення оптимального механізму фінансового забезпечення медичних закладів, що стоїть перед сучасною економічною наукою, полягає в максимізації соціально-економічної ефективності функціонування галузі.

**Аналіз останніх досліджень та літератури.** Заглиблення у механізми фінансування охорони здоров'я актуалізує питання підвищення соціально-економічної ефективності функціонування галузі, впровадження страхової медицини в Україні, які отримали значний розвиток у працях вітчизняних та зарубіжних фахівців, таких як Камінська Т. [1], Мачуга Н. [2], Кудрявцев А. [3], Педченко Т. [4, 5] та багатьох інших.

© О. В. Портна, 2012

**Мета досліджень, постановка проблеми.** Розглянути проблеми фінансування охорони здоров'я, проаналізувати переваги та недоліки страхової медицини в Україні. Запропонувати ефективний механізм фінансування медичних закладів.

**Результати досліджень.** Розглядаючи проблеми функціонування медичної галузі перший заступник голови адміністрації Президента України І. Акімова зазначала, що система фінансування як і раніше, здійснюється за кошторисним принципом, тобто кошти виділяються залежно від ліжко-місць. Цей за своєю сутністю хибний принцип не дає стимулів для надання якісних послуг пацієнтові, не дозволяє зосередити бюджетні кошти у потрібному місці та прослідкувати за їх належним використанням. [6, с. 5]

На нашу думку і багатьох фахівців, методи фінансування, що зараз пропонуються та застосовуються, є малоефективними, тому що не вирішують такі проблем охорони здоров'я, як:

- фрагментоване групування коштів (декілька груп надходження коштів, що не конкурують між собою);
- вертикальна інтеграція групування, закупівлі та надання медичної допомоги;
- перекриття відповідальності за надання послуг (місто/район у межах області тощо);
- надто розвинена і надто спеціалізована інфраструктура;
- невиправдано високий рівень користування та звернень;
- нерівний розподіл послуг та витрат;
- мінімальне залучення населення, вибір, підзвітність, прозорість;
- зв'язок фінансування з якістю лікування;
- стимулювання здорового способу життя тощо.

Багато авторів переконані, що впровадженням страхової медицини можна зрушити такі фінансові проблеми системи охорони здоров'я [7, с. 138]:

- забезпечити стаке фінансування галузі, поєднавши бюджетні та позабюджетні кошти й відмовившись від залишкового принципу бюджетного фінансування;
- пов'язати з фінансовими можливостями системи чітко визначений обсяг державних гарантій щодо медичної допомоги;

- закріпити соціально-економічну відповідальність закладів охорони здоров'я за результати своєї роботи;
- на рівні держави запровадити принцип соціальної солідарності;
- забезпечити ефективний контроль за якістю медичної допомоги та результатами діяльності медичних закладів.

Але, на нашу думку, система медичного страхування має багато негативних рис [7]:

- порушиться Конституція України, що надає право на безкоштовну медичну допомогу та вільний вибір системи медичного страхування;
- більша частина коштів, додатково залучених впровадженням страхової медицини, витратиметься на заробітну плату лікарів;
- відбудеться відкрита й узаконена комерціалізація діяльності охорони здоров'я та надання медичних послуг, і тому системі буде вигідно, щоб населення хворіло;
- медичне страхування (на перший погляд, нібито додаткове джерело фінансування охорони здоров'я) в умовах реального зменшення чисельності населення України та зростаючої питомої ваги людей похилого і пенсійного віку може стати додатковим тягарем для бюджетів;
- існуючий в Україні високий рівень безробіття та «тінізація» економіки не дозволить сформувати страхові фонди бажаного розміру;
- з'явиться новий податок, тому що впровадження медичного страхування передбачає сплату соціального збору, тобто ще одного виду нарахувань на заробітну плату, що додається до вже існуючих;
- величезні витрати підуть на утримання адміністративного апарату;
- зможуть собі дозволити дорогу медичну страховку не всі хворі, а лише матеріально забезпечені;
- зловживання липовими лікарняними листками, тому що застрахований вважатиме: якщо він купив дорогу медичну страховку, то не треба працювати, а сума виплат по лікарняних буде компенсувати заробітну плату;
- це таке фінансування, при якому суб'єкти з малим доходом повинні платити у систему медичного страхування більшу питому вагу своїх доходів, ніж забезпечені суб'єкти;
- зменшення доступності та справедливості системи медичного обслуговування для хронічно хворих та літніх людей;

- споживач і виробник не прагнутимуть до ощадливості, адже оплата здійснюється третьою стороною; це призведе до надмірного використання послуг та до зростання видатків (неефективного використання ресурсів);

- досі не вироблено відповідні критерії прозорості та ефективності функціонування закладів охорони здоров'я із впровадженням медичного страхування, а також чіткого взаємозв'язку між кількістю, якістю й результативністю діяльності та обсягами фінансування;

- впровадження медичного страхування не означає підвищення результативності діяльності медичної галузі та покращення здоров'я населення, а навпаки лише погіршить стан галузі та громадян.

На підставі цих доводів можна зробити висновок, що, хоча впровадження страхової медицини – це можливість отримати додаткові цільові кошти, які повинні забезпечити фінансування галузі охорони здоров'я, проте на сучасному етапі можна досягти більшої якості та економічної ефективності роботи закладів охорони здоров'я і без впровадження медичного страхування.

На нашу думку, можна запропонувати більш ефективний механізм фінансування закладів охорони здоров'я. Так, одним з найважливіших завдань галузі є стимулювання у громадян здорового способу життя. Населення звертається по медичну допомогу нерівномірно: переважна більшість потребує її один-два рази на декілька років, а дехто зловживає, звертаючись у медичні заклади по кілька разів на місяць без вагомих причин. Виходить, що бюджетні кошти, які виділяються щороку, витрачаються на тих, хто зловживає. Якщо розглядати діяльність медичних працівників, то можна помітити, що хворі віддають перевагу лікуванню у висококваліфікованих фахівців, яких дуже мало і які відпрацьовують свою бюджетну заробітну плату, й не тільки її, наданням медичної допомоги. [8, с. 33-34]

Тому, щоб припинити зловживання, стимулювати у населення здоровий спосіб життя та ефективно й раціональне витрачання власних і державних коштів на охорону здоров'я, виділити із загальної кількості медичних працівників кращих і саме їх заохочувати, можна запропонувати впровадження індивідуальних накопичувальних рахунків.

Обсяг коштів, які щороку виділяються бюджетами всіх рівнів на охорону здоров'я в розрахунку на кожного громадянина, накопичуються на таких

індивідуальних рахунках, а інші джерела надходження коштів у галузь стають вагомим додатковим ресурсом на цих рахунках. Таке фінансування відіграватиме стимулюючу роль, бо медичні заклади будуть зацікавлені у підвищенні якості та обсягу медичних послуг на принципі самофінансування, що, слід сподіватися, сприятиме виходу з тіньової економіки та легалізації оплати в кишеню лікарів. Це відбуватиметься відкрито і прозоро: кожний знатиме, яка сума у нього накопичена. Відбудеться девіртуалізація коштів та бюджетного фінансування охорони здоров'я, громадяни відчують державну турботу про адресність фінансування. Механізм такий: тільки-но громадянин звертається по медичну допомогу, вартість профілактики, діагностики, лікування чи реабілітації утримується з його індивідуального накопичувального рахунку й перераховується в той медичний заклад, який надав пацієнтові медичну допомогу. При цьому державні кошти спрямовуються на оплату допомоги в державних закладах, зберігається державна вартість медичних послуг.

Впровадження таких накопичувальних індивідуальних рахунків дозволить:

- відійти від територіально-дільничного закріплення населення, тому що пацієнт, який має такий рахунок, може звернутись по медичну допомогу в будь-який заклад, до будь-якого лікаря і заплатити зі свого рахунку;
- оптимізувати структуру шляхом обмеження постійних значних витрат з метою спрямування більшої частини бюджетного фінансування на потреби пацієнтів;
- реалізувати соціальний принцип вільного доступу до фінансових ресурсів, ринковий принцип стимулювання ефективності їх використання та принцип соціальної справедливості щодо рівних прав усіх громадян на здоров'я;
- підвищити рівень адресності витрат на охорону здоров'я;
- реалізувати один з критеріїв якості надання медичної допомоги – задоволеність медичною допомогою (у вільному виборі лікаря, у вільному виборі медичного закладу);
- стимулювати конкуренцію серед медичних закладів та фахівців: примусити заклади охорони здоров'я самим піклуватися про своє фінансування, домагаючись підвищення якості та надійності надання медичної допомоги;
- вирішити проблему надлишкового потенціалу, що приведе до визначення оптимальної кількості та структури медичних закладів, які здатні цілком задовольнити потреби громадян у медичній допомозі та охороні здоров'я;

- пов'язати фінансові потоки з якістю і кількістю надаваних послуг таким чином, щоб кошти «не бігали» за хворими;
- пов'язати фінансові потоки із заробітною платою медичних працівників;
- стимулювати у громадян здоровий спосіб життя, адже кожен самостійно розпоряджатиметься коштами і вирішуватиме, витратити їх на профілактику чи на дороге лікування;
- підвищити доступність медичних послуг. Спираючись на дані Держкомстату, очевидним стає, що досить великій частині населення недоступна медична допомога, за яку треба платити неформально, тобто з власної кишені особисто лікареві. Впровадження таких рахунків дозволить офіційно оплачувати медичну допомогу з отриманих на це коштів;
- підвищити життєвий рівень населення, тому що воно матиме додаткові кошти цільового призначення (на власну охорону здоров'я);
- посилити контроль за рухом коштів медичної галузі, тобто за нарахуванням коштів на індивідуальні накопичувальні рахунки та їх використанням.

**Висновки.** Таким чином необхідно індивідуалізувати фінансове забезпечення охорони здоров'я за допомогою цільового спрямування фінансових ресурсів споживачам медичних послуг з метою задоволення потреб громадян у медичному обслуговуванні та пов'язання фінансових потоків з якістю й кількістю надаваних послуг, з результатами діяльності медичних закладів.

**Список літератури:** 1. Безпека людського розвитку: економіко-теоретичний аналіз : монографія / Л. С. Шевченко, О. А. Гриценко, Т. М. Камінська [та ін.]; за ред. д-ра екон. наук, проф. Л. С. Шевченко. – Х. : Право, 2010. – 448 с. 2. *Мачуга Н.* Проблеми становлення медичного страхування в Україні / Н. Мачуга // Банківська справа. – 2000. – № 5. – С. 23–25. 3. *Кудрявцев А. А.* Актуальные модели обоснования системы обязательного медицинского страхования / Кудрявцев А. А., Поляков И. В. – СПб. : СПбГУ, 1997. – 188 с. 4. *Педченко Т.* Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування / Т. Педченко // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 2. – С. 393–397. 5. *Педченко Т.* Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я та його законодавче забезпечення / Т. Педченко // Вісник Української академії державного управління. – 2003. – № 1. – С. 215–220. 6. *Ирина Акимова:* «Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы, и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения» / [интервью брала Лидия Суржик] // Зеркало недели. – 2011. – 4 февр. (№ 4). 7. *Портна О. В.* Проблемні аспекти впровадження загальнообов'язкового державного соціального страхування в Україні / О. В. Портна // Актуальні проблеми розвитку страхової діяльності в Україні : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів. – Х., 2007. – С. 136–139. 8. *Портна О. В.* Впровадження ефективних механізмів фінансування закладів охорони здоров'я / О. В. Портна // Вісник Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут». Темат. вип. : Технічний прогрес і ефективність виробництва. – Х., 2009. – № 35. – С. 24–35.

Надійшла до редколегії 15. 10. 2012

УДК 336.02:614.21(477)

**Індивідуалізація фінансування як чинник підвищення соціально-економічної ефективності функціонування галузі охорони здоров'я / Портна О. В. // Вісник НТУ «ХПІ». Серія: Актуальні проблеми управління та фінансово-господарської діяльності підприємства – Харків: НТУ «ХПІ». – 2012. – № 56(962). – С. 146–152. – Бібліогр.: 8 назв.**

В статті розглядаються насущні проблеми фінансового забезпечення здоров'я, приводяться переваги та недоліки страхової медицини, пропонується та обґрунтовується впровадження індивідуальних накопительних рахунків як ефективного механізму фінансування галузі.

**Ключові слова:** здоров'я, фінансування, страхова медицина, індивідуальні накопительні рахунки.

In the article considered vital problems of health care financing, advantages and disadvantages of insurance medicine, proposed and substantiated introduction of individual accounts as effective mechanism of financing of the field.

**Key words:** health care, financing, insurance medicine, individual accounts.

УДК 658.8:657.471

**Ю. В. РУДЕНКО**, аспірант, ХНЕУ, Харків

## **АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МАРКЕТИНГОВИХ ВИТРАТ НА ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВАХ**

В роботі представлено систему оцінки маркетингової діяльності на основі діагностування центрів виникнення маркетингових витрат. Виділено методи та підходи щодо аналізу ефективності маркетингових витрат на промислових підприємствах. Розглянуто критерії результативності маркетингу та запропоновано класифікацію показників ефективності маркетингових витрат.

**Ключові слова:** маркетингові витрати, ефективність маркетингових витрат, показники ефективності маркетингової діяльності, рентабельність інвестицій в маркетинг.

**Вступ.** Високий рівень розвитку методологічних питань маркетингу та його інструментів вимагає адекватної дієвості аналітичної функції. Невідповідність ступеня розвитку маркетингу і маркетингового аналізу спричинило зростання витрат на маркетинг, зниження ефективності маркетингових програм, низьку точність прогнозних оцінок, зниження довіри до маркетингових відділів. Враховуючи підвищені вимоги до якості маркетингової діяльності існує необхідність вдосконалення підходів і методик щодо аналізу показників ефективності витрат на маркетинг і в цілому аудиту витратної складової маркетингу.

**Аналіз останніх досліджень та літератури.** Методологічну та теоретичну основу проведення дослідження становлять наукові положення вітчизняних та зарубіжних учених, пов'язані з оцінкою ефективності маркетингу: Асселя Г.[2], Мак-Дональда М. [4], Котлера Ф., Армстронга Г., Сондерса Д., Вонг В. [16], Кук В. Дж. [20], Яшевої Г.А. [3], Моїсеєвої Н. К., Конишевої М. В. [5], Туган-Барановського М., Балабанової Л. В.[6], Кітової О. В.[8], Телєтова О. С.[9], Голубкова Є. П. [11], Мельника М. В. [13], Хруцького В. Є., Корнеєвої І. В.[15], Оснач О. Ф. [21], Завгородньої А. В., Ямпольської Д. О. [17], Ковальова А. І. [18], Мавриної А. О. [19], Сабєцької Т. І. [24], Непомняцького Є. Г. [25]. Аналіз публі-

© Ю. В. Руденко, 2012